

# ¡FAVOR COMPLETAR, FIRMAR Y DEVOLVER TODOS LOS FORMULARIOS!

Si usted necesita ayuda para completar estos formularios, favor contacte nuestra oficina para darle una cita.

¡Por favor, no espere hasta el último minuto, para evitar que su asistencia le sea terminada!

Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de York

31 S. Broad Street  
York, PA 17403

---

**FORMULARIO DE PARTICIPACION DE SECCION 8**

*Cliente:* \_\_\_\_\_

*Número de Teléfono (casa):* \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

*Número de Teléfono (trabajo):* \_\_\_\_\_

**Este formulario debe ser completado a mano (EN LETRA DE MOLDE).** Usted debe utilizar su nombre legal correcto para cada miembro de su unidad familiar, según aparece en la Tarjeta de Seguro Social. **Cada uno de los miembros adultos del núcleo familiar de 18 años de edad o más, debe firmar en el área designada, en la página 4 de este formulario, CERTIFICANDO LA INFORMACIÓN QUE LE PERTENECE A ÉSTOS.**

---

**A. Detalle Todos los Miembros de la Familia que Estarán Residiendo en la Unidad de Sección 8, Comenzando con el Jefe de la Unidad Familiar.**

Nombre	Parentesco	Edad	Fecha de Nac. Lugar de Nac.	Sexo	Número de Seguro Social
1.	JEFE UNIDAD FAMILIAR		_____		
2.			_____		
3.			_____		
4.			_____		
5.			_____		
6.			_____		
7.			_____		
8.			_____		

¿Espera Usted Algún Cambio en su Composición Familiar?  Sí  No

Si contestó Sí, Cuándo \_\_\_\_\_ Razón para el cambio \_\_\_\_\_

¿Algún Miembro de la Unidad Familiar No Está Viviendo en la Residencia?  Sí  No

Razón de la ausencia : \_\_\_\_\_

**B. Ingreso de la Familia por Concepto de Empleo por el Período desde:** \_\_\_\_\_  
**Hasta el presente:** \_\_\_\_\_

¿Algún Miembro de la Unidad Familiar está involucrado en un Programa de Adiestramiento?  Sí  No

Si contestó Sí, Nombre del Miembro de la Familia \_\_\_\_\_

Nombre del Programa de Adiestramiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia, Compañía & Escuela que Conduce el Adiestramiento \_\_\_\_\_

Nombre & Teléfono de la Persona del Programa de Adiestramiento que Supervisa su Caso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. ¿Es este Adiestramiento de Bienestar con Fines de Trabajo?  Sí  No

¿Existe algún miembro de la unidad familiar que cumplirá 18 años de edad dentro de los próximos tres meses, o algún adulto que sea estudiante a tiempo completo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si la respuesta es una afirmativa, indique el nombre del miembro de la unidad familiar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Nombre y dirección de la escuela a que asiste: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Fecha en que se inscribió: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

**C. Ingreso Total de la Unidad Familiar:**

Indique todo el ingreso recibido por cada uno de los que residen el hogar. (Sólo por concepto de empleo)

Nombre de la Persona que Trabaja	FECHA		Nombre y Dirección del Patrono (PROVEA NOMBRE COMPLETO, DIRECCIÓN Y # DE TELÉFONO)	Tarifa por hora	Horas a la Semana	Sueldo Anual
	Desde	Hasta				
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

**C. Otro Ingreso (continuación): PROVEA INFORMACION COMPLETA**

Otro Ingreso	Nombre Miembro de la Unidad Familiar que lo Recibe	Persona o Agencia de que lo Recibe	F E C H A		Cantidad en Efectivo Cupones de Alimentos	Nombre del Trabajador del caso	Número de Caso
			Desde	Hasta			
Asistencia Pública		N/A					
Manutención Para los Hijos Recibida del DPA		N/A					
Manutención recibida para los hijos, por Corte o Voluntaria							PACSES #
Seguro Social o Seguro Social por Incapacidad		N/A				<b>XXXX</b>	
Seguro Social Suplementario (SSI)		N/A				<b>XXXX</b>	
Cuidado de Servicio de Crianza					\$	/POR DÍA	
Desempleo						<b>PIN# -</b> <b>&gt;</b>	
Compensación de Trabajador							
Otro Ingreso							

**C. Otro Ingreso (continuación). (FAVOR PROVEER NOMBRE Y DIRECCIÓN COMPLETA DE LA COMPAÑÍA)**

Otro Ingreso	Quién lo recibe	Fuente de Ingreso	Desde	Hasta	Cantidad	Número de Cuenta
Pensión						
Pensión						
Anuidad						
Seguro de Vida						

¿Alguien fuera de su unidad familiar le paga algunas de sus facturas o le provee dinero **regularmente**?

Sí  No. **Si es afirmativo, esto se considera como ingreso.**

Usted **debe** proveer el nombre y la dirección de la persona que le paga sus facturas o que le provee dinero a usted, de tal manera que nosotros podamos verificar esta información. **(Favor proveer información completa!)**

Nombre de la persona que le paga sus facturas o le provee dinero a usted: \_\_\_\_\_.

Dirección de la persona que le paga sus facturas o que le provee dinero a usted: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

*(Puede que se le solicite una Declaración Jurada si nosotros no podemos obtener verificación de la persona o personas que le pagan sus facturas o le está proveyendo ayuda monetaria a su unidad familiar regularmente)*

#### **D. Bienes:**

**Favor completar la siguiente información para Cuentas de Ahorro, Cuentas de Cheques, Certificados de Depósito y Cuenta del Mercado Monetario. Utilice hoja adicional de ser necesario.**

<b>Número de Cuenta</b>	<b>Nombre de la persona enlistada en la cuenta</b>	<b>Tipo de Cuenta</b>	<b>Nombre y Dirección del Banco</b>	<b>Balance en la Cuenta</b>

¿Posee usted o algún miembro de su unidad familiar un **vote**, **casa móvil** o **recibe interés en algún bien raíz**?  Sí  No **Si su respuesta fue afirmativa, indique el tipo de bien raíz:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **¿Cuánto le gana de intereses?** \_\_\_\_\_

¿Ha vendido algunos bienes raíces en los últimos dos años?  Sí  No

#### ***FAVOR MARCAR LOS ARTICULOS ABAJO QUE LE APLIQUEN – PAGADOS A USTED***

Bienes Muebles                      Valor: \$ \_\_\_\_\_                      Ingreso por Renta: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Acciones y Bonos:                      Valor: \$ \_\_\_\_\_                      Ingreso por Intereses: \$ \_\_\_\_\_

Ahorros:                      Valor: \$ \_\_\_\_\_                      Ingreso por Intereses: \$ \_\_\_\_\_

Otras Inversiones:                      Valor: \$ \_\_\_\_\_                      Tipo de inversiones: \_\_\_\_\_

**E. Deducciones Reclamadas:**

**Gastos de Cuido de Niños** (*Esta deducción aplica cuando este cuidado es necesario para habilitar a un miembro de la familia para un empleo lucrativo o para promover su educación.*)

Indique la cantidad mensual pagada a la niñera o proveedor del cuidado de niños: \$ \_\_\_\_\_

¿Recibe subvención por el cuidado de sus niños?  Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿cuánto paga usted? \$ \_\_\_\_\_

¿A través de cuál agencia? \_\_\_\_\_

**Si usted utiliza proveedores diferentes para el cuidado de niños, o paga diferentes cantidades durante los meses de verano (junio hasta agosto) y el año escolar (septiembre a junio), usted debe indicarlo (atache una hoja separada, de ser necesario).**

Favor indique a continuación los nombres y direcciones exactos de la niñera/Centro de Cuido de Niños:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**GASTOS MEDICOS**

*(Esta deducción aplica a personas de avanzada edad o familias incapacitadas SOLAMENTE, donde el jefe de la unidad familiar es de avanzada edad o incapacitado. De ser éste el caso, todo lo que usted paga de su bolsillo por gastos médicos {gastos no cubiertos por seguro} para todo el núcleo familiar puede ser incluido).*

Gastos de su bolsillo de los siguientes médicos,/dentistas/ etc.:

(Favor de enumerar cualquier médico adicional en una hoja separada, de ser necesario):

**ESCRIBA EL NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR AL LADO DEL MEDICO AL CUAL USTED LE PAGA DE SU BOLSILLO.**

Nombre del Miembro de la Unidad Familiar: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro de la Unidad Familiar: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro de la Unidad Familiar: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**F. Medicamentos: PAGADOS DE SU BOLSILLO**

Nombre Miembro de la Unidad Familiar	Nombre y Dirección de la Farmacia
1.	
2.	
3.	

**G. Seguro Médico: (agregue hojas adicionales si es necesario)**

**PROVEA ¡INFORMACION COMPLETA!**

Nombre del Seguro (Medicare, Pace, PaceNet, Blue Cross, AARP, etc.)	Dirección	Cantidad de Su Deducible	Pago Mensual	Pago Trimestral	Número de Cuenta

**H. Información Adicional:**

¿Ha usado usted o cualquier otro miembro(s) adulto algún nombre(s) o Número(s) de Seguro Social diferente al que usted utiliza actualmente?  Sí  No Si contestó que sí, favor explique: \_\_\_\_\_

¿Reside usted en Vivienda Pública u otro tipo de hogar subvencionado?  Sí  No

Si contestó que sí, ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Usted o algún otro miembro de la unidad familiar que reside con usted ha sido convicto de un crimen?

Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_ (Omita solamente violaciones menores de

tránsito. Manejar en estado de ebriedad es considerado un crimen).

¿Usted o alguna otra persona que usted desea que viva con usted ha sido liberado de la cárcel en los pasados cinco (5) años?  Sí  No Si su contestación es afirmativa, ¿quién? \_\_\_\_\_

Razón para estar encarcelado: \_\_\_\_\_

¿Usted o algún otro miembro de la unidad familiar tiene cargos por un crimen no resuelto, del cual todavía no se ha declarado culpable, ni por el cual tenga juicio en corte, o del cual está pendiente de que se le retiren los cargos?  Sí  No Si su contestación es afirmativa, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Usted o algún otro miembro de la unidad familiar está sujeto a un requerimiento bajo un Programa de Registro de Delincuentes Sexuales del Estado? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si su respuesta es afirmativa, ¿en cuál estado ocurrió la ofensa? \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo a la Autoridad de la Vivienda a obtener cualquier récord de cualquier historial criminal o del cual yo tenga cargos pendiente, o Convicciones por Crímenes previas en cualquier corte o Jurisdicción.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Jefe de la Unidad Familiar**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cónyuge/Otro Adulto**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Otro Adulto**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de otro Adulto**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



**¡Favor Lea Cuidadosamente la Certificación de Inquilino a Continuación y Fírmela!  
Es ahora un requisito de las regulaciones de HUD que cada año esta  
Declaración sea firmada y colocada en el expediente del inquilino**

**De Usted no Firmar este Formulario, esto Resultará en la Terminación del Contrato  
Favor Ver la Declaración de la Ley Federal de Privacidad**

**Certificación del Inquilino(s)**

**Yo/Nosotros certifico/certificamos que la información\* provista a la Autoridad de la Vivienda de York en cuanto a composición familiar, ingreso, bienes netos de la familia y deducciones, es precisa y completa en mi mayor conocimiento y creencia. Yo/nosotros entiendo/entendemos que Todos los Cambios en el ingreso de cualquier miembro de esta unidad familiar, al igual que cualquier cambio en los miembros de la unidad familiar, debe ser reportado a la Autoridad de la Vivienda Por Escrito, Inmediatamente, completando una Hoja de Cambio de Sección 8 dentro de los 10 días del cambio. Yo/Nosotros también entiendo/entendemos que declaraciones o información falsas son castigadas bajo la Ley Federal. Yo/Nosotros entendemos que declaraciones o información falsas son motivos para la terminación de la asistencia de renta de Sección 8.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Jefe de la Unidad Familiar      Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cónyuge/Otro Adulto      Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Otro Adulto      Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Otro Adulto      Fecha**

*Si usted entiende que se ha discriminado en su contra, usted puede llamar al número Nacional gratis del “Fair Housing and Equal Opportunity” 1-800-424-8590. (Dentro del Area Metropolitana de Washington DC., llame al 426-3500).*

*\*Después de la verificación de esta Agencia de la Vivienda, la información será sometida al Departamento de la Vivienda y de Desarrollo Urbano en la Forma HUD-50058. Vea la Declaración de la Ley Federal de Privacidad abajo indicada para más información sobre su uso.*

**Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos, Establece que una Persona es Culpable de Delito por Ofrecer Declaraciones Falsas o Fraudulentas a Sabiendas y Voluntariamente a Cualquier Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano.**

**Declaración de la Ley Federal de Privacidad**

El Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano de los E.U (HUD) estará colectando la información que usted le brindó a la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de York, ya sea en la Solicitud o en la Reevaluación. HUD coleccionará la información en la Forma HUD-50058. La data que coleccionará incluye nombre, sexo, fecha de nacimiento, número de seguro social, ingreso (por cada fuente), bienes, ciertos gastos deducibles, y pago de renta.

El Acta de Privacidad de 1974, según enmendada, nos requiere el que le informemos a usted sobre esto. A nosotros también se nos requiere el que le digamos lo que HUD hará con esta información.

HUD utilizará la información para manejar y monitorear sus programas de asistencia. También puede verificar si la información es precisa y completa, utilizando un pareo en computadora.

HUD puede dar la información a agencias Federales, Estatales y locales cuando ésta sea utilizada para investigaciones y enjuiciamientos civiles, criminales o regulatorios. HUD también puede preparar resúmenes de data de residentes disponibles para el público. Fuera de estos usos, HUD no publicará la información fuera de HUD, excepto que sea permitido por HUD o requerido por Ley.

La Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987, 42 U.S.C. 3543 requiere que los solicitantes y residentes le provean a la Autoridad los números de seguro social de los miembros de la unidad familiar de al menos seis años de edad. Si usted es un solicitante al cual se le ha emitido o utiliza un número de seguro social y usted no se lo provee a la Autoridad, la Autoridad está requerida a rechazar su aplicación para asistencia de la vivienda. Si usted está recibiendo asistencia para la vivienda y a usted se le ha emitido o utiliza un número de seguro social, y usted no se lo provee a la Autoridad, la Autoridad está requerida a desalojar a su familia o retirar su asistencia de vivienda.

El Acta de la Vivienda de los Estados Unidos de 1937, según enmendada, 42 U.S.C. 1437 et, seq., y el Acta de la Vivienda y el Desarrollo Comunitario de 1981, P.L. 97-35, 85 stat., 348, 408 le requiere a los solicitantes y residentes el que provean toda la otra información (listada en el primer párrafo) a la Autoridad. Si usted es un solicitante y falla en proveerle a la Autoridad esta información, la Autoridad tendrá que rechazar su solicitud o se tardará en actuar sobre la misma. Si está recibiendo el servicio de vivienda pública y usted no le provee a la Autoridad esta información, la autoridad tendrá que desalojarle o retirarle la asistencia de vivienda.

**Certifico que he leído la Declaración de Acta de Privacidad Federal**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Jefe de la Unidad Familiar      Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cónyuge/Otro Adulto      Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Otro Adulto      Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Otro Adulto      Fecha**

## NUEVAS VERIFICACIONES EN LÍNEA

Gracias a la tecnología moderna, ahora somos capaces de verificar algunas fuentes de ingreso en línea. Si alguna de la información siguiente aplica a usted o a algún miembro de su unidad familiar, favor completar la información requerida. La información colectada será utilizada solamente para determinar el tamaño de la unidad familiar, ingreso, bienes o gastos médicos de su bolsillo. Esto asegurará el que se le provea a esta familia la máxima cantidad de asistencia de renta. Su firma abajo dará permiso a la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de York a proveerle a usted este nuevo servicio en línea. Gracias anticipadas por su continua cooperación.

\*\*\*\*\*

### Departamento de Asistencia Pública



### *ONLINE VERIFICATION (www.dpw.state.pa.us)*

\*\*NÚMERO DE RECORD DEL CASO #: 67 / \_\_\_\_\_

(El Número de Récord del Caso está localizado en cualquier formulario recibido por correo de la Oficina de Asistencia del Condado)

\*\*TARJETA EBT/ACCESS #: 600760/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Si utiliza la Tarjeta Access amarilla, favor suplir el número de 10 dígitos localizados al frente de la tarjeta)

### Marque cualquier tipo de asistencia que reciba del Dep. de Asist. Pública

Efectivo (TANF)                       Pago SSP/SSI                       Cupones de Alimentos

solamente

“Pass-thru” Sustento de Menores                       M.A.W.D. (Asistencia Médica para personas Incapacitadas que trabajan)

\*\*\*\*\*

### Verificación en línea de Beneficios de Compensación por Desempleo (www.dli.state.pa.us)

Número del PIN asignado por el Departamento del Trabajo para el Sistema PAT \_\_\_\_\_

---

Firma del Inquilino

---

Fecha

# Responsabilidades de la Familia Participante del Programa de Vale para la Elección de Vivienda (HCV/S8)

Cuando la unidad de la familia es aprobada y el Contrato de Pago de Asistencia de la vivienda es ejecutado, la familia debe seguir las reglas indicadas a continuación, para poder continuar siendo participante del Programa de Vale de Elección de Vivienda (HCV/S8).

## LA FAMILIA DEBE:

1. Suplir cualquier información que la Autoridad de la Vivienda (HA) o HUD determine que sea necesario, incluyendo evidencia de la ciudadanía o estatus de elegibilidad de inmigración, e información para usarse en una reevaluación regularmente calendarizada o una reevaluación provisional de la composición del ingreso y composición de la familia.
2. Revelar y verificar los números de seguro social y firmar y someter formularios de consentimiento para obtener información.
3. Suplir cualquier información solicitada por HA para verificar que la familia está viviendo en la unidad, o información relacionada a la ausencia de la familia de la unidad.
4. Notificar prontamente a HA **por escrito** cuando la familia esté fuera de la unidad por un período extendido de tiempo, de acuerdo con las políticas de HA.
5. Permitir a la HA que inspeccione la unidad las veces razonables y después de notificaciones razonables.
6. Notificar a HA y al dueño **por escrito** antes de mudarse fuera de la unidad o terminado el contrato.
7. Utilizar la unidad asistida como la residencia de la familia. La unidad debe ser la única residencia de la familia.
8. Notificar prontamente a HA **por escrito** dentro de 10 días calendario del nacimiento, adopción o custodia de un menor adjudicada por la Corte.
9. Solicitar a HA aprobación escrita para añadir cualquier otro miembro de la familia como un ocupante de la unidad antes de que la persona se mude a la unidad.
10. Notificar prontamente a HA **por escrito**, acerca de cualquier cambio de ingreso o cualquier cambio en los ocupantes dentro de 10 días calendario después de que esto ocurra.
11. Dar a HA copia de cualquier nota de desalojo.
12. Pagar las facturas de utilidades y suplir los accesorios que el dueño no está requerido a suplir bajo el contrato de arrendamiento.
13. Notificar a HA **por escrito** sobre cualquier cambio de ingreso de los miembros de la unidad dentro de 10 días calendario después de ocurrido.
14. Notificar y revelar prontamente a HA cualquier carta recibida de HUD concerniente a la cantidad o verificación del ingreso de la familia.
15. Entender que usted estará pagando de un 30% - 40% de su ingreso "BRUTO" hacia su renta por mes al arrendador, mientras esté participando en el programa.
16. Ningún huésped puede pernoctar en su unidad por un período mayor de 14 días durante cualquier año calendario o serían considerados como miembros de la unidad **no autorizados**.
17. **No** permitir a una persona que no está específicamente designada en el contrato a utilizar la unidad del Vale de Elección de Vivienda/S8 como su dirección postal. Las familias que estén permitiendo este uso serán consideradas como que están permitiendo a personas **NO AUTORIZADAS** a vivir en la vivienda.

# Cualquier información que la familia supla debe ser Cierta y Completa

## LA FAMILIA (INCLUYENDO A CADA MIEMBRO DE ÉSTA) NO DEBE:

1. Poseer o tener algún interés en la unidad (que no sea en una cooperativa, o el propietario de una casa prefabricada que arrienda un espacio de casa prefabricada).
2. Cometer cualquiera violación seria o repetida al contrato de arrendamiento.
3. Cometer fraude, soborno o cualquier otro acto corrupto o criminal en conexión con el programa.
4. Envolverse en actividad criminal relacionada con drogas o actividad criminal violenta u otra actividad criminal que amenace la salud, seguridad o al derecho del disfrute pacífico de otros residentes y personas que residan en la vecindad inmediata de las premisas.
5. Sub-rentar o dejar la unidad, o asignar el contrato o transferir la unidad.
6. Recibir asistencia para la vivienda como inquilino a través de Sección 8, mientras recibe otro tipo de subsidio para la vivienda, para la misma unidad o una unidad diferente bajo cualquier otro programa Federal, Estatal o Local de asistencia para la vivienda.
7. Dañar la unidad o sus premisas (aparte del daño y desgaste ordinario) o permitir a cualquier huésped que dañe la unidad o sus premisas.
8. Recibir asistencia para la vivienda a través del Programa de Vale para la Elección de Vivienda mientras está residiendo en una unidad cuyo dueño sea padre, madre, hijo, abuelo, nieto, hermana o hermano de cualquiera de los miembros de la familia, a menos que HA haya determinado (y haya notificado al dueño y a la familia de esta determinación) que aprobando la renta de esta unidad, a pesar de esta relación, se le proveerá acomodo razonable a un miembro de la unidad que es una persona con impedimentos.
9. Envolverse en abuso de alcohol de tal manera que amenace la salud, seguridad o al derecho del disfrute pacífico de otros residentes y personas que residan en la vecindad cercana de las premisas.

Certifico que he recibido, revisado y entendido mis responsabilidades según se indican arriba. Entiendo que el incumplimiento de lo aquí expresado podría concluir con la terminación de mi asistencia tanto presente como futura.

---

Firma Jefe Unidad Familiar

---

Fecha

---

Firma del Cónyuge

---

Fecha

---

Firma de Otro Adulto

---

Fecha

---

Firma de Otro Adulto

---

Fecha

---

Firma de Otro Adulto

---

Fecha

**Autoridad de Vivienda de York**  
**Formulario De Interés/Referencia Del**  
**Programa De Auto-Suficiencia Para Familias y Programa**  
**de Vales para Dueños de Hogares de Sección 8**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



La presente es para verificar que la información del Programa de Auto-Suficiencia de Familias y del Programa de Vales para Dueños de Hogares de Sección 8 fue compartida conmigo durante mi Entrevista Inicial o incluida con mi paquete anual del re-examinación:

Por favor marque  su opción(es) abajo:

\_\_\_\_\_ Estoy interesado(a) en el Programa de Auto suficiencia. Quisiera que la persona encargada del programa de auto-suficiencia se comunice conmigo para una cita.

\_\_\_\_\_ Estoy en el Programa de Vales de Sección 8 y estoy interesado(a) en aprender más sobre el Programa de Vales para Dueños de Hogares de Sección 8. Quisiera que la persona encargada del caso de la propiedad casera se comunice conmigo para una cita.

\_\_\_\_\_ No estoy interesado(a) en el Programa de Auto Suficiencia en este momento. Aunque no estoy interesado(a) en estos momentos, entiendo que en cualquier momento puedo cambiar de opinión y puedo llamar a la Autoridad de Vivienda para hacer una cita para hablar sobre el programa de autosuficiencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Inquilino Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante de Vivienda Pública

\_\_\_\_\_  
Fecha

Otros Comentarios/Información:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Autorización a la Farmacia

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ (Nombre de la Farmacia) a revelar información que mantenga concerniente al costo de my tratamiento médico por los pasados 12 meses anteriores a la fecha en que reciba esta solicitud. La información puede ser revelada solamente a la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de York para propósitos de establecer mi elegibilidad para la participación en su programa de vivienda.

Entiendo que existe la posibilidad de que la información revelada de acuerdo con esta autorización esté sujeta a ser revelada por el recipiente y deje de estar protegida.

Esta información expirará seis meses a partir de la fecha de mi firma, según se indica a continuación.

Yo entiendo que existe la posibilidad de que la farmacia no revele la información según solicitada arriba, sin mi firma en esta Autorización, y que el hecho de que yo firme o me niegue a hacerlo no afectará mi habilidad de recibir tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de la salud de la farmacia arriba indicada.

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Paciente \_\_\_\_\_, Poder legal \_\_\_\_\_,

Padre o Guardián \_\_\_\_\_, Tribunal Designado \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Debido a Leyes Federales del Acta de Privacidad, la mayoría de las farmacias no responden a nuestros pedidos. Si usted o su esposo(a) o su co-jefe son de avanzada edad, incapacitados o impedidos, y tienen gastos en medicamentos fuera de su bolsillo, favor contactar a su farmacia y solicítele una certificación escrita de gastos en medicamentos por doce meses.

Favor devolver este documento a la oficina, juntamente con este paquete de recertificación. Gracias por su ayuda. Esto aligerará su proceso de recertificación.



## Pharmacy Authorization

I authorize \_\_\_\_\_ (Pharmacy Name) to disclose information that it maintains concerning the cost of my medical treatment for the past 12 months as of the date of receipt of this request. The information may be disclosed only to the Housing Authority of the City of York for the purpose of establishing my eligibility for participation in their housing program.

I understand that the potential exists for my information disclosed pursuant to this authorization to be subject to re-disclosure by the recipient and to be no longer protected.

This authorization will expire six months from the date of my signature as indicated below.

I understand that the pharmacy may not disclose my information as requested above without my signature on this Authorization and that my signing or refusing to sign this Authorization will not affect my ability to receive treatment, payment or health care operations from the above mentioned pharmacy.

I understand that I am entitled to a copy of this authorization.

Patient \_\_\_\_\_, Power of Attorney \_\_\_\_\_,  
Parent or Guardian \_\_\_\_\_, Court Appointed \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Social Security \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Due to Federal Privacy Act Laws,  
Most Pharmacies will not respond  
to our requests for printouts. If you  
or your spouse or co-head are  
elderly, handicapped or disabled  
and have out of pocket expenses for  
your prescriptions, please contact  
your pharmacy and request a  
twelve-month printout.

Please return this printout to our  
office along with your  
recertification packet. Thank you  
for your help. This will speed up  
your recertification process.